

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 186

LE
GARGOUILLEMENT CÆCAL
DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE

VALEUR SYMPTOMATOLOGIQUE. — INDICATIONS
THÉRAPEUTIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric CORRET

Né, le 18 août 1884, à Lyon (Rhône),
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1920

LE
GARGOUILLEMENT CÆCAL

DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE

VALEUR SYMPTOMATOLOGIQUE. — INDICATIONS
THÉRAPEUTIQUES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT. POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophthalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET,
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	MOURIQUANT
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	PIERY	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER id.
BRETIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, Président ; ARLOING, Assesseur ;

MM. LERICHE, et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 186

LE
GARGOUILLEMENT CÆCAL
DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE

VALEUR SYMPTOMATOLOGIQUE. — INDICATIONS
THÉRAPEUTIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric CORRET

Né, le 18 août 1884, à Lyon (Rhône),
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GÉNTIL, 4

—
Mai 1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma grande
affection et de ma vive gratitude.

A MA FEMME

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse, après nous avoir inspiré ce travail, nous continuant ainsi les marques de bienveillance et d'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner pendant les mois trop courts où notre service d'externe nous a attaché à lui. Pour tous ces motifs nous le prions de trouver ici l'hommage de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de notre thèse. Pour ses conseils si précieux et pour l'accueil si plein de cordiale amitié qu'il nous a toujours réservé, nous le prions de trouver ici l'expression de nos très vifs remerciements.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

qui ont bien voulu faire partie de notre Jury.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

LE GARGOUILLEMENT CÆCAL

DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE

VALEUR SYMPTOMATOLOGIQUE. — INDICATIONS
THÉRAPEUTIQUES

INTRODUCTION

L'appendicite chronique est une maladie essentiellement protéiforme, à symptomatologie très variable : tantôt la douleur domine la scène ; tantôt ce sont les troubles intestinaux (forme à constipation prédominante, forme entéro-colitique) ; d'autres fois les troubles gastriques (vomissements) masquent la maladie et peuvent faire croire à l'ulcère de l'estomac : on a pu voir l'appendicite simuler la tuberculose, des crises hépatiques ou encore des troubles urinaires ; les symptômes nerveux ont pu quelquefois faire conclure à de la neurasthénie ; nous ne citerons que pour mémoire la forme herniaire décrite dans la thèse de Jacquemin et la forme coxalgique. L'appendicite chronique a simulé quelquefois le néoplasme.

Aussi le diagnostic de cette affection a donné lieu à de multiples discussions et, au Congrès de chirurgie

(1910), Silhol écrivait : « C'est cette irrégularité des symptômes et parfois même l'absence complète de toute manifestation un peu claire, qui rend le diagnostic de l'appendicite chronique bien souvent aléatoire ou même tout à fait impossible. »

Brun, au même congrès, écrivait de son côté : « Nous voyons que nous avons à faire le diagnostic d'appendicite chronique, avec les éléments suivants : douleurs spontanées qui peuvent être absentes, une douleur provoquée fixe qui peut être trompeuse et infidèle, des symptômes digestifs qui sont des symptômes indirects, des symptômes généraux, qui, très importants, ne sont cependant pas par leur définition même caractéristiques, des résultats radiologiques qui ne sont pas à la portée de tous et n'ont de valeur que par l'interprétation que le médecin est amené à leur donner. »

En compulsant la littérature médicale si nombreuse concernant l'appendicite chronique, nous avons vu que les auteurs notaient souvent, sans y insister, le gargouillement du cæcum. Karewitz a signalé la fréquence du tympanisme cæcal avec distension gazeuse; ce serait pour lui un des signes les plus importants de l'inflammation chronique de l'organe. Il ne fait qu'indiquer le gargouillement : celui-ci se retrouve cependant très souvent au cours de l'appendicite chronique. M. le professeur Tixier, depuis plus de quinze ans, le recherche systématiquement et dans les cas où les autres symptômes de la maladie étaient absents et où celle-ci ne se signalait que par les renseignements donnés par le malade sur des crises antérieures ou des troubles digestifs, il a pu affirmer, en présence de ce signe,

le diagnostic le vérifiant ensuite par l'intervention.

Il semble donc que ce symptôme ait une valeur diagnostique réelle : nous avons pensé que son étude présentait un intérêt véritable ; mais nous devons nous excuser de ne donner qu'une étude très incomplète et notre travail se réduira à des considérations sur le gargouillement cæcal dans l'appendicite. Nous aurions voulu appuyer la pathogénie de ce symptôme sur des examens histologiques du cæcum : nous n'avons pu le faire et si nous pouvons décrire avec plus de détails les lésions macroscopiques de péritonite plastique, nous ne pouvons que faire des hypothèses sur les lésions histologiques et microscopiques des tuniques cæcales.

Il eût été très intéressant de revoir les malades de nos observations et de pouvoir constater la disparition du gargouillement : se produit-elle en même temps que les autres symptômes ? Le gargouillement persiste-t-il isolé ? Pendant combien de temps ? Nous n'avons pu, à notre grand regret, entreprendre ce travail.

Après avoir tout d'abord présenté les observations que nous avons recueillies, nous examinerons la manière de rechercher le gargouillement : ce sera l'objet de notre deuxième chapitre. Nous essaierons, dans une revue rapide et en nous appuyant sur les lésions anatomiques rencontrées au cours des interventions opératoires, de décrire les causes que nous supposons devoir provoquer le gargouillement dans l'appendicite ; cela nous conduira à tirer de cette étude quelques données et quelques enseignements au point de vue diagnostic, pronostic et intervention opératoire.



CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Les trente-huit malades dont les observations suivent, ont tous été examinés et opérés par le Dr Tixier dans ses différents services hospitaliers. Depuis 1905, ce chirurgien, frappé de la fréquence du gargouillement cæcal, l'avait systématiquement recherché chez ses malades ; la constatation de son existence était de suite notée sur les registres d'observations.

OBSERVATION I

Henriette P..., vingt-trois ans. Service de M. le professeur Tixier. Entrée le 16 février 1905.

La malade a toujours eu une bonne santé habituelle : il y a trois ans, elle ressentit une vive douleur dans la fosse iliaque droite, sans vomissements, mais avec constipation. Cette crise dura quatre jours. Le 1^{er} février, après avoir été courbaturée toute la journée, elle fut réveillée par une douleur à l'estomac et de tout l'abdomen, mais avec prédominance à droite. Elle eut des nausées et quelques vomissements avec constipation opiniâtre : la malade n'a pas eu de selle pendant quinze jours : la température qui est montée à 38°5 est descendue très vite à la normale.

Actuellement : la pression provoque de la douleur au point de M. Burney. La palpation décèle du gargouille-

ment dans la fosse iliaque droite et on sent un plastron induré, de forme allongée, qui semble être rétro-cæcal. Pas de température.

Le 4 mars, on sent le cæcum gargouiller.

Le 10 mars, opération ; l'appendice est encapuchonné par des adhérences ; il est collé contre la face postérieure du cæcum ; il est court et volumineux ; il se coupe quand on le ligature.

OBSERVATION II

G..., Marie, vingt-cinq ans. Service de M. le professeur Tixier. Entrée le 20 juillet 1907.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Pas d'antécédents abdominaux.

Il y a deux ou trois mois qu'elle éprouve dans la fosse iliaque droite et presque à fleur de peau des tiraillements et des picotements. Elle a une tendance marquée pour la constipation, un peu de ballonnement, des gargouillements étagés dans la fosse iliaque droite. L'appétit est parfait et c'est presque en pleine santé que débute la crise. Il y a six semaines, la malade eut une douleur brusque dans la région de M. Burney ; elle fut forcée de s'asseoir, puis de se coucher. Elle vomit et garde le lit quinze jours.

A son lever, la malade recommence à éprouver des douleurs vagues, une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite, elle ne vomit plus, mais elle est constipée. L'appétit est diminué ; dès que la malade se livre à un travail pénible, elle ressent des douleurs vives dans la région de M. Burney s'irradiant vers la cuisse droite.

A l'examen : *la palpation révèle un clapotage cæcal intense* ; mais pas de douleurs le long du côlon ascendant. Le toucher vaginal est négatif, le poumon et le cœur sont normaux ; pas de température, rien dans les urines.

Intervention. — On trouve un appendice petit, inclus dans un magma sur la face antérieure du cæcum, il n'est

pas hyperémié; il n'est pas perforé, mais semble, à 1 centimètre environ de son sommet, présenter une moindre résistance de la paroi. On l'ouvre et on trouve un petit abcès à ce même niveau.

OBSERVATION III

Florence B..., vingt-six ans. Service de M. le professeur Tixier, en 1906.

Vient pour colique appendiculaire qui a débuté le 21. Elle ne signale aucune maladie, mais n'a jamais été bien robuste.

Depuis plus de deux ans, la malade vomit assez souvent après les repas. A partir de ce moment, la malade ressent des douleurs abdominales survenant sous forme de crises à peu près tous les mois, coïncidant souvent avec ses règles.

Il y a deux ans, elle ressentit une douleur subite dans le bas ventre : cette douleur persistante oblige la malade à se mettre au lit et à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, l'abdomen est un peu rétracté, *la palpation* révèle de la douleur dans la fosse iliaque droite et *permet de sentir du gargouillement*.

Le toucher vaginal est douloureux, à droite et à gauche on sent une légère induration.

Intervention. — L'appendice très long renferme du liquide.

OBSERVATION IV

Jeanne P..., vingt et un ans. Service de M. le professeur Tixier, en 1906.

La malade entre pour une douleur dans la fosse iliaque droite.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires et personnels. L'affection actuelle a débuté il y a trois mois. Brusquement la malade a ressenti une vive douleur dans la

fosse iliaque droite. Elle a dû s'aliter, elle a vomi plusieurs fois, mais n'a pas présenté de constipation. Quelque temps après, la malade entre à l'hôpital.

Actuellement, elle ne présente pas d'autres symptômes qu'une douleur peu vive spontanément, mais réveillée par la palpation au niveau du point de M. Burney. La malade accuse des pertes blanches; elle raconte que, depuis un an environ, elle avait des indigestions et vomissait souvent. *La palpation provoque des gargouillements au niveau du cæcum.*

Intervention. — L'appendice est très long, avec quelques adhérences à son extrémité : pas de grosses lésions macroscopiques,

OBSERVATION V

Jean D..., dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, en 1906.

Le malade est porteur d'un varicocèle à gauche et d'une double pointe de hernie.

En présence du varicocèle on examine soigneusement le rein, il n'est pas perceptible.

Le malade a présenté de légères douleurs, des coliques qui peuvent être mises sur le compte d'une pointe de hernie ou d'une appendicite. *En faveur de l'appendicite plaide un gargouillement qu'on a pu percevoir dans la fosse iliaque droite.* En même temps, c'est là que le malade localise de préférence ses douleurs.

Sur sa demande, intervention : après exploration, sous anesthésie, de l'anneau inguinal externe, incision de M. Burney Gosset. On trouve l'appendice très long, un peu hyperémié, mais plongeant, à cause de ses grandes dimensions, jusque dans le bassin, où le doigt introduit va le retirer. Ablation et ligature, on ne trouve rien de net du côté de l'orifice inguinal.

L'appendice est long et enflammé.

OBSERVATION VI

C..., Georges, dix-sept ans. Service de M. le professeur Tixier, 1906.

Il se plaint de douleurs abdominales qui ont débuté il y a six jours, toujours localisées au côté droit. C'est la première fois qu'il ressent de pareilles douleurs. Il a présenté des vomissements. La douleur s'est calmée, est devenue peu vive au repos, mais est réveillée par le moindre mouvement ou la palpation. Le malade est constipé.

A l'arrivée, la palpation de la fosse iliaque droite réveille de la douleur, surtout au point de M. Burney ; *elle fait percevoir du gargouillement du cæcum*, mais pas de tuméfaction.

Intervention. — L'appendice est adhérent par son extrémité, on l'enlève au niveau de son implantation cæcale. Il est rétréci dans son milieu et très vascularisé. On trouve à son intérieur un calcul stercoral.

OBSERVATION VII

B..., Pierre, vingt-quatre ans. Service de M. le professeur Tixier, 1906.

Vient pour colique appendiculaire.

Il eut une coxalgie à deux ans. La jambe est immobilisée en légère flexion, à sa face externe on voit la cicatrice d'abcès qui ont duré de deux à huit ans.

Il y a deux ans, apparurent les premières coliques appendiculaires ; depuis, le malade eut deux autres crises, mais sans vomissements.

Celle qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a huit jours par des vomissements, de la constipation, une douleur abdominale vive.

A l'entrée : malade un peu pâle. Il ne présente pas de vomissements et presque plus de douleur.

Le palper de la fosse iliaque droite fait entendre du gargouillement.

Intervention. — On trouve un peu de pus dans l'appendice.

OBSERVATION VIII

A..., Félix, dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1907.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Le malade eut, il y a deux mois, une crise qui débuta par des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec constipation, sans généralisation des douleurs à l'abdomen, sans vomissements. Elle dura quatre jours.

Il y a un mois, sans troubles gastro-intestinaux dans l'intervalle, le malade eut une nouvelle crise débutant très brusquement après le travail, sans vomissements, et qui nécessita un repos de quinze jours.

Le malade entre à l'hôpital un mois après cette crise. Actuellement, le malade n'a pas de température; il a un peu de constipation. On ne trouve pas de douleur à la palpation de la fosse iliaque droite. Elle ne révèle aussi aucun symptôme vésiculaire, mais *dans la fosse iliaque droite elle fait percevoir un peu de gargouillement et du clapotage cæcal.*

Intervention. — L'appendice est en position normale dans l'angle iléo-cæcal; il ne renferme pas de pus, mais est un peu adhérent. Macroscopiquement il ne présente pas de lésions bien nettes.

OBSERVATION IX

B..., Jean, quarante-deux ans. Service de M. le professeur Tixier, 1908.

Le malade a eu, il y a quinze ans, une première crise, soignée au Val-de-Grâce, pour pérityphlite; il n'a plus rien

ressenti, jusqu'à il y a trois mois où il eut une nouvelle crise.

La palpation ne décèle ni douleur, ni plastron, mais un *gargouillement cæcal très net*.

Au moment de l'opération on sent au sommet de la crête iliaque une petite tumeur du volume d'une petite noix, limitée en dedans par la zone de sonorité cæcale; on fait le diagnostic d'une appendicite ayant évolué dans la fosse iliaque interne.

Intervention. — On trouve un appendice dur en battant de cloche et entouré d'un *magma d'adhérences*.

Le malade sort guéri quinze jours après l'opération.

OBSERVATION X

Appendicite chronique à répétitions.

P..., Jules, seize ans. Service de M. le professeur Tixier, 1908.

Le malade vient du service de M. le Dr Lyonnet. (Il est atteint d'appendicite chronique avec crises appendiculaires à répétition.)

Dans l'intervalle des crises, *en l'absence de tout autre signe appendiculaire, on constate en permanence à la palpation du gargouillement cæcal*.

Intervention. — L'appendice est très facilement retrouvé par éviscération du cæcum; il est très long, rétro-cæcal et très adhérent. On l'enlève par section primitive de la base. On pratique sa ligature, son enfouissement et la fermeture totale.

L'appendice examiné mesure environ 15 centimètres; il est en battant de cloche, ne renferme ni calcul stercoral, ni pus. Il ne présente pas de rétrécissement, mais il est adhérent au péritoine : les parois sont épaissies, la muqueuse, à l'ouverture, est nettement hyperplasiée, de coloration terne, non rosée comme normalement.

OBSERVATION XI

M..., Henri, trente-six ans. Service de M. le professeur Tixier, 1909.

Le malade a été pris le 1^{er} juin dernier, en pleine santé, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissement. La douleur persista toute la nuit. Le lendemain les phénomènes étaient presque totalement disparus. Il jouit d'une bonne santé jusqu'au 15 novembre dernier, ce jour là eut une nouvelle crise beaucoup plus aiguë que la première. Le malade fut soigné pendant quinze jours par de la glace sur le ventre.

Il entre actuellement à l'hôpital pour appendicectomie.

A l'examen, l'abdomen est souple, se laissant bien déprimer; sa palpation ne révèle pas de plastron, mais *au niveau de la région cæcale, on perçoit très nettement du gargouillement.*

Le cœur et les poumons sont normaux. Le malade n'a ni diarrhée, ni constipation. Le toucher rectal est négatif.

Intervention le 14 janvier 1909. — On trouve l'appendice en érection congestionné avec un pédicule et présentant quelques adhérences. L'appendice est rempli, non de pus, mais de sérosité.

21 janvier. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XII

B..., Alfred, trente et un ans. Service de M. le professeur Tixier, 1909.

Dans les antécédents héréditaires, le malade à un frère opéré d'appendicite il y a quelques années. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents personnels, sinon de l'éthylisme.

Le 12 décembre dernier, le malade se plaint de douleurs abdominales accompagnées de vomissements bilieux. Au

bout de huit jours, les phénomènes s'amendèrent par le repos et l'application de glace.

A l'entrée, le malade se présente avec un bon état général.

La palpation ne révèle pas de plastron et aucune douleur. La paroi est souple, *mais la palpation révèle un gargouillement cæcal net.*

Les appareils pulmonaire et cardiaque sont normaux.

Intervention le 17 janvier. — L'appendice est rétro-cæcal et adhérent ; le 30 janvier, le malade sort guéri.

OBSERVATION XIII

G..., Alexandrine, dix-sept ans. Service de M. le professeur Tixier, 1909.

Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales remontant à cinq jours environ. La malade a toujours eu une bonne santé habituelle.

L'affection actuelle remonte à cinq jours. La malade eut, il y a trois mois, une crise avec début brusque par douleur au point de M. Burney, forçant la malade à s'aliter, mais sans vomissement. La crise dura huit jours, et la malade put reprendre ses occupations.

La malade eut une nouvelle crise il y a cinq jours.

A l'entrée, pas de température.

La palpation montre un abdomen souple, non météorisé ; la pression, au point de M. Burney, révèle une douleur légère, sans héperesthésie, ni défense musculaire : *elle fait entendre un gargouillement net.*

Rien dans la région ovarienne.

La malade, complètement guérie par le repos, quitte le service au dixième jour ; *il persiste du gargouillement.*

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XIV

F..., Antoinette, dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1909.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, elle a toujours été de constitution faible, sans avoir eu de maladie caractérisée. Elle n'a jamais pu travailler d'une manière suivie, et présente actuellement l'aspect anémique. Elle eut à onze ans une scoliose traitée par M. Nové-Josserand. Elle est réglée irrégulièrement avec coliques violentes; elle accuse une constipation opiniâtre.

Il y a un an, la malade eut une crise plus forte, qui l'oblige à s'aliter quinze jours; elle souffrait dans la fosse iliaque droite avec constipation, mais sans vomissements. Le repos fit disparaître tous ces phénomènes, mais ils réapparurent avec plus de violence il y a deux mois et avec une intensité plus forte. La température n'a pas été prise.

Actuellement, elle entre à l'hôpital pour une crise de même nature, mais moins violente.

La malade accuse de la constipation, mais n'a pas de vomissement.

Le palper de la fosse iliaque droite est peu douloureux, on sent un cæcum un peu dilaté, qui roule sous les doigts, *et la palpation fait percevoir à son niveau de nombreux gargouillements.*

Intervention. — L'appendice est long et mobile. L'extrémité renflée est séparée du reste par un point rétréci. L'intérieur de cette portion est occupé par un petit calcul.

La malade sort guérie quinze jours après en excellent état général et local.

OBSERVATION XV

V..., Louise, trente-neuf ans. Service de M. le professeur Tixier, 1912.

La malade entre à l'hôpital pour appendicite. On trouve dans ses antécédents personnels une hématomérose assez abondante de sang rouge il y a quinze ans. Depuis, elle a

toujours souffert de l'estomac avec douleur épigastrique vive correspondant dans le dos et présentant le type de la douleur en broche nette. Les douleurs sont surtout accusées immédiatement après le repas, et se terminent par le rejet de liquide incolore, sans saveur, analogue à l'eau. Elle eut une nouvelle hématomèse, il y a quatre ans, mais de peu d'importance.

La malade a présenté, il y a un an, une crise appendiculaire avec point douloureux net au niveau de l'appendice et vomissements bilieux. La température n'a pas été prise. Une nouvelle crise eut lieu en mai 1912, avec les mêmes symptômes.

Actuellement, on constate au niveau de l'estomac, au-dessus de l'ombilic, une résistance ; la pression, à ce niveau, est un peu douloureuse ; on note un point plus douloureux, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La pression accuse une douleur nette au point de M. Burney, mais on ne sent ni résistance, ni plastron.

La palpation révèle un gargouillement cæcal très net.

La malade n'a pris qu'un peu de café ce matin, et le gargouillement est net à 11 heures. On note un peu de douleur au niveau des annexes des deux côtés : on ne sent aucune tumeur, aucune résistance.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres ; l'annexe gauche est un peu douloureux : l'utérus est rétroversé.

Intervention. — Du côté du cæcum, on découvre, encastré dans la paroi postérieure, un appendice replié sur lui-même et entouré d'adhérences inflammatoires ; on l'enlève.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 15 octobre.

OBSERVATION XVI

Ch..., Ernestine, dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1914.

La malade vient pour des douleurs abdominales. Le

début remonte à deux ans. Il est vrai qu'elle affirme avoir toujours souffert du ventre, même étant petite. Mais depuis deux ans elle a constaté qu'à la suite d'un surmenage, elle éprouvait une douleur dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs n'ont pas un caractère paroxystique, mais elles ont des exacerbations catéméniales. De fait, la malade réglée irrégulièrement a des règles douloureuses.

La douleur a cru progressivement depuis deux ans au point de devenir presque intolérable. La malade n'a jamais eu de troubles digestifs, ni vomissements. Elle a présenté un peu de diarrhée et un léger amaigrissement.

On ne retrouve dans les antécédents directs ou indirects aucun stigmate de bacillose : elle n'a eu ni adénopathie, ni otorrhée.

A l'examen : abdomen très souple ; la pression provoque une légère douleur dans la fosse iliaque droite, mais sans hyperesthésie de la paroi.

La palpation fait entendre des gargouillements. Pas de signes de dilatation de l'estomac ; pas de clapotage. La malade n'a aucun symptôme thyroïdien.

Intervention. — Le cæcum est très vascularisé et a un double voile péritonéal.

L'appendice moyen très vascularisé, mais libre. On fait l'appendicectomie à l'ordinaire.

L'examen de l'appendice ne révèle pas de pus, mais un liquide marron sanguinolent. La muqueuse est atteinte de folliculite intense.

Il semble bien que les malaises accusés par la malade soient en relation avec ces lésions.

OBSERVATION XVII

L..., Angèle, vingt-quatre ans. Service de M. le professeur Tixier, 1914.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs abdominales.

On ne trouve rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, elle aurait eu une ptose du rein gauche, à quinze ans, qui aurait été guérie par le port d'une ceinture; de l'otorrhée, à vingt ans. On ne trouve pas de signes de bacillose. Elle n'a eu ni enfants, ni fausse-couche.

Il y a deux ans elle souffrit de troubles digestifs pseudo-dyspeptiques : en même temps, et bien qu'elle n'ait pas présenté des crises abdominales, elle ressent dans la fosse iliaque droite une douleur qui n'a pas présenté d'intensité bien vive et qui ne s'est pas accompagnée de vomissements. Ces crises surviennent fréquemment au moment des règles; elles n'ont jamais provoqué de température.

A l'examen : on constate un peu de nervosité; la malade a le facies coloré, mais ne présente pas de signe d'hypertrophie thyroïdienne. Localement, la pression profonde réveille une douleur assez sourde au point de M. Burnex, sans hyperesthésie cutanée, sans contracture de la paroi; on ne sent aucun plastron, mais *la palpation fait entendre des gargouillements*.

Pas de signes de dilatation de l'estomac : la succution ne décèle pas de clapotage.

Les appareils pulmonaire et circulatoire sont normaux.

Intervention. — Appendicectomie à l'ordinaire. L'appendice est énorme et présente une hypertrophie folliculaire généralisée de la muqueuse. *Le cæcum est adhérent.*

OBSERVATION XVIII

B..., Aimé, trente-deux ans. Service de M. le professeur Tixier, 1911.

Vient pour appendicite.

Troubles digestifs datant de cinq à six ans. La première colique appendiculaire eut lieu il y a six mois avec douleur vive et vomissement; elle dura trois jours.

Sa deuxième atteinte eut lieu trois mois après ; elle dura un jour et demi, sans température.

Examen : à l'entrée, la pression ne révèle ni douleur, ni plastron, *mais fait découvrir du gargouillement dans la fosse iliaque droite.*

Intervention. — Appendicectomie typique. L'appendice est adhérent et enflammé et le cæcum est très vascularisé.

OBSERVATION XIX

R..., Jean, trente-quatre ans. Service de M. le professeur Tixier, 1911.

Vient pour appendicite chronique.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Depuis deux ans il présente des coliques. Ces coliques saisissaient le malade à n'importe quel moment de la journée. Elles siégeaient avec prédominance marquée du côté droit. Elles ne provoquaient d'ailleurs pas de bien grandes douleurs et jamais elles n'interrompaient le travail ; elles s'accompagnaient de crises de diarrhée.

Assez espacées, au début, elles arrivèrent ces derniers temps à se succéder à raison de plusieurs par jour ; jamais de vomissements ni même de nausées. La palpation n'éveilla jamais de douleur ; le malade n'eut jamais le ventre ballonné. Durant ce temps l'état général n'a pas été altéré ; le malade n'a pas maigri sensiblement. Il a seulement perdu un peu l'appétit.

A l'examen : malade vigoureux. Abdomen souple, un peu d'empatement dans la fosse iliaque droite et *gargouillement cæcal*. Le malade ne tousse pas.

Intervention. — L'appendice est relativement libre. Appendicectomie typique. Fermeture.

L'ouverture de l'appendice montre un calcul stercoral.

OBSERVATION XX

D..., Louis, trente ans. Service de M. le professeur Tixier, 1912.

Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels : bronchite chronique, hémoptysie. Ethylisme. Pas de spécificité.

Il y a trois semaines, sans trouble de l'état général, le malade ressent, dans la fosse iliaque droite, une douleur légère, bien limitée, qui ne disparaît plus. Cette douleur continue avec quelques lancées abdominales sans irradiations. Le malade peut travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le malade n'a jamais eu de diarrhée, pas de constipation ; appétit conservé. Etat digestif satisfaisant.

A l'examen : le ventre n'est pas ballonné ; on constate une légère voussure au niveau de la région appendiculaire. *La palpation provoque du gargouillement*, un peu de douleur, mais pas de contracture de défense.

On ne sent pas le côlon ascendant. Le ventre « respire bien ».

L'examen du foie est négatif ; on ne trouve aucun symptôme rénal.

Le toucher rectal est négatif ; le cœur est normal, on trouve des signes de bronchite diffuse aux poumons.

Intervention. — On luxé difficilement en dehors le cæcum retenu par des adhérences péritonéales et on trouve l'appendice sectionné en deux tronçons également infiltrés.

OBSERVATION XXI

M..., Auguste, vingt-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1912.

Est envoyé pour appendicite à froid.

Pas d'antécédents, sauf constipation habituelle. Depuis

un an environ le malade accusait quelques douleurs peu vives et intermittentes, mais nettement localisées dans la fosse iliaque droite. Elles s'accompagnaient de quelques troubles digestifs.

Il y a deux mois, début brusque d'une crise appendiculaire.

Actuellement, l'examen de la fosse iliaque montre une paroi souple sans plastron, sans douleur.

La pression révèle du gargouillement.

Ni sucre, ni albumine, ni température.

Intervention. — Appendice long, turgescents, rempli de pus en situation postérieure, mais sans adhérences. Fermeture.

OBSERVATION XXII

F..., Jean, dix-neuf ans. Service de M. le professeur Tixier, 1912.

Vient pour appendicite.

Première crise il y a six semaines; douleurs vives dans le côté droit; pas de vomissement; constipation. La crise a duré vingt-quatre heures. Depuis six mois le malade est très constipé; il ne va à la selle que deux fois par semaine. Après la première crise, la constipation est beaucoup plus prononcée. Il y a trois semaines deuxième crise plus violente; pas de vomissement, elle dura deux jours. Depuis, le malade n'a ressenti aucune douleur.

Actuellement, à l'examen, *la palpation révèle un clapotage cæcal prononcé*; au niveau du point de M. Burney, elle révèle un point légèrement douloureux. Pas d'autres signes. Pas de température.

Intervention. — Appendice long, recourbé en arrière, légèrement adhérent. *Le cæcum présente un double voile péritonéal.*

OBSERVATION XXIII

G..., Jean, dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1912.

Le malade vient à l'hôpital pour appendicite.

Rien à signaler dans les antécédents.

Première crise le 29 avril; deuxième crise le 10 juin. Chaque crise a débuté brusquement par une vive douleur dans la fosse iliaque droite; le malade a vomi. Constipation pendant et après la crise.

Pendant la première crise, la température est montée à 38°5, mais seulement à 37°8 pendant la seconde. Les deux crises ont duré une huitaine de jours, pendant lesquels le malade est resté au lit; il éprouve, actuellement encore, un peu de tension dans la fosse iliaque droite.

Actuellement, malade d'aspect florissant; on constate, au niveau du point de M. Burney, par la pression profonde, une légère douleur, *et celle-ci réveille du clapotage cæcal très net (le malade étant à jeun)*.

Pas d'autres signes. Pas de température, pas d'albumine.

Intervention. — *Cæcum fortement adhérent* en dehors et comme inséré dans un lacs de brides péritonéales inflammatoires: on l'éviscère, l'iléon est repéré. Entre l'iléon et le cæcum, il existe un véritable rideau péritonéal les unissant; on les sépare en sectionnant les brides; on retourne le cæcum pour chercher l'appendice à l'extrémité de la bandelette longitudinale antéro-externe; la recherche est très pénible, il y a des séries de couvercles séreux qui englobent l'appendice. Dans ces manœuvres, le péritoine est dissocié et on aperçoit le tissu cellulaire sous-péritonéal; enfin, l'appendice est découvert. Il est replié sur lui-même. La pointe en est volumineuse. On fait l'excision.

OBSERVATION XXIV

W..., Izis, vingt ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents.

Le 15 de ce mois, il a ressenti un point peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Il n'a pas pour cela interrompu son travail. Mais, huit jours après, une douleur plus vive l'oblige à garder le lit. Il entre à l'hôpital. Le malade montre l'endroit de la douleur, qui se trouve exactement au point de M. Burney. La pression ne révèle aucune défense de la paroi, aucun plastron, *mais un gargouillement cæcal très net*. La palpation décèle une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de température.

Intervention. — On trouve un appendice latéro-cæcal externe, enflammé. Le cæcum est rouge et couvert de lames péritonéales.

OBSERVATION XXV

N..., Jean, vingt-sept ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le 25 novembre, le malade entre à l'hôpital pour appendicite. Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

Il a eu, le 21 mars, une crise de coliques appendiculaires à la suite de laquelle le malade garde le lit huit jours. La température ne dépasse pas 38 degrés. Le 4 avril, le malade eut une autre crise plus violente, avec douleurs et vomissements abondants. Le malade garde le lit dix jours. Il a eu, le 21 octobre, une troisième crise, précédée d'un malaise général et d'une sensation de pesanteur abdominale plus marquée à droite. Cette crise occasionna de violentes dou-

leurs, mais les vomissements furent moins nombreux que dans les précédentes crises.

A l'examen : actuellement, le ventre est souple, se laissant bien déprimer. *La palpation fait sentir le cæcum gargouillant* plein, roulant sous la main. Un peu à gauche, sur la ligne rejoignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, il existe un point douloureux très net à la pression des doigts. A ce niveau, on sent une petite masse dure.

Intervention le 4 décembre. — On trouve l'appendice libre, la surface péritonéale encore enflammée, rouge, avec exsudats fibrineux abondants. La tunique de l'appendice est infiltrée.

OBSERVATION XXVI

B..., Joseph, treize ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs abdominales.

Il a eu un frère opéré dans le Service pour appendicite.

Il a eu de toutes petites crises abdominales dans l'enfance.

Le petit malade est très difficile à interroger et n'a plus qu'un vague souvenir de ses douleurs lointaines, qui ne paraissent pas avoir été très vives, puisqu'elles ont presque disparu du souvenir. Après la rougeole, il eut des douleurs abdominales presque continues, mais ces coliques ne furent pas très violentes, puisqu'elles ne l'ont jamais fait ni crier, ni coucher, ni vomir. Modérément constipé, il va à la selle tous les deux jours. Il n'a pas beaucoup d'appétit et souffre de maux de tête fréquents.

A l'examen : ventre souple se laissant bien palper. *La pression révèle du gargouillement cæcal* dans la fosse iliaque et une douleur un peu vive au point de M. Burney.

Ni sucre ni albumine.

Intervention. — Le cæcum est adhérent. L'appendice est long et enflammé.

OBSERVATION XXVII

Gr..., Adolphe, vingt-trois ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le malade entre à l'hôpital pour crise appendiculaire.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Première crise il y a six mois. Le malade ressentit depuis quelques tiraillements sans crise aiguë, mais avec quelques vomissements alimentaires. Depuis un mois, le malade a recommencé à souffrir, mais moins violemment; il vomit fréquemment, presque de suite après le repas. Constipation habituelle. Pas de température; langue un peu saburrale.

Examen : homme robuste; pas de signes pulmonaires; rien au cœur, constipation très marquée. Le malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite, surtout marquée au niveau du point de M. Burney. *Alors que le malade n'a pas été à la selle depuis trois jours, la pression laisse entendre des gargouillements cœcaux très nets.* Les urines ne présentent rien d'anormal.

Intervention. — Appendice rétro-cæcal replié sur lui-même. De nombreuses adhérences le fixent contre la paroi cæcale. Presque pas de méso; manchon séreux. Appendicectomy. Fermeture.

Examen : l'appendice a des parois épaisses vascularisées. A l'ouverture, on ne trouve pas de pus, mais des matières fécales.

Les lésions péri-appendiculaires péritonéales dominaient la scène et expliquaient le gargouillement.

Le malade part guéri.

OBSERVATION XXVIII

Ch..., Claude, quarante ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs abdominales. Rien à signaler dans les antécédents.

Le malade a pris une crise d'appendicite en mars 1913. Il a ressenti une douleur violente dans la fosse iliaque droite. A cette époque, le malade était très constipé. Il n'a pas eu de vomissement et la température n'est jamais montée à 38 degrés. Il garda longtemps de la pesanteur gastrique après les repas ; la digestion était plus lente ; l'appétit capricieux.

En novembre 1913, deuxième crise identique à la première. Pas de vomissements. Pas de température ; constipation. Le malade se repose deux jours, puis reprend ses occupations, lorsque, huit jours après, troisième crise appendiculaire identique encore aux deux autres. Le malade, cette fois, entre à l'hôpital.

A l'examen : ventre souple se laissant bien palper. Pas de douleur à la palpation légère, non plus que profonde dans la fosse iliaque droite. Pas de sensibilité vraie au point de M. Burney. *On sent le cæcum gargouillant dans la fosse iliaque* et un petit cordon qui pourrait être l'appendice, une bande cæcale ou un faisceau contracturé de la paroi. Pas de température.

Intervention. — Le malade anesthésié, on perçoit très nettement sous la paroi l'appendice mobile dans tous les sens, de la grosseur d'un porte-plume. On diagnostique que, *par exception, c'est l'appendice que l'on sent*. L'appendice, sur la face antérieure en érection, sort immédiatement du ventre. C'est donc lui qu'on percevait. Appendicectomie.

Examen : l'appendice, de la grosseur d'un petit doigt, contient du liquide.

Le malade sort guéri le 26 décembre.

OBSERVATION XXIX

Ch... Joseph, trente-cinq ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Vient à l'hôpital pour des crises de douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite.

Le début remonte approximativement à dix-huit mois. A ce moment il eut des crises douloureuses, brutales, violentes au niveau de la région appendiculaire, avec vomissements glaireux peu marqués, mais qui mettaient fin à la crise. La température n'a pas été prise à ce moment. Les crises se rapprochent et augmentent alors d'intensité et de longueur ; d'abord tous les trois mois, elles arrivent maintenant régulièrement tous les mois, durent trois jours, alors que primitivement elles duraient trois heures environ, et elles sont plus douloureuses. La dernière crise date de dix jours. Elle n'a rien présenté de particulier en dehors du cadre que nous venons de tracer, sauf peut-être quelques phénomènes vésicaux (pollakiurie surtout nocturne). Il ne tousse pas, n'est pas constipé.

Examen. — Abdomen souple, non météorisé, non contracté.

Respiration abdominale normale ; à la palpation la main ne perçoit pas de contracture. La fosse iliaque droite est souple. Pas de point douloureux vésiculaire. Le foie normal ne déborde pas les fausses côtes. La palpation révèle un point douloureux très peu accentué, un peu en dessous du point de M. Burney. A la pression, le malade n'éprouve qu'un picotement. On ne trouve absolument pas de plastron, ni de boudin appendiculaire. *Mais la pression fait percevoir du gargouillement cæcal.*

Toucher rectal négatif. Pas de température.

Rien aux poumons, rien dans les urines.

Intervention. — On extériorise l'appendice gros, tendu. Appendicectomie. Fermeture totale.

Examen. — Appendice tendu, rouge, très vascularisé avec petite zone de dépoli péritonéal.

Hypertrophie de la musculaire. Péritoine épaissi, débris d'adhérences.

OBSERVATION XXX

Ch... Jean, trente-sept ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Le malade entre le 5 octobre à l'hôpital pour douleurs abdominales.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a trois semaines il eut une première crise appendiculaire qui a duré deux jours. A la suite d'un diagnostic erroné (purgé par l'huile de ricin) les douleurs ont apparu de nouveau deux jours après.

Le 5 octobre à l'entrée : vomissements, douleur localisée au point de M. Burney. La palpation révèle une tumeur au niveau du bord externe du muscle grand droit, très près du pubis.

Gargouillement prononcé.

Le 15 octobre le malade conserve seulement du gargouillement cæcal.

Intervention. — Cæcum adhérent au péritoine pariétal. Là l'épiploon très épaissi est adhérent, on le libère. L'appendice est attiré hors du ventre, gros comme le petit doigt, tendu.

Appendicectomie. Enfouissement.

OBSERVATION XXXI

M... Amédée, cinquante-quatre ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Enfance maladive. Réformé au service militaire pour faiblesse de constitution. Syphilis à trente-neuf ans. Marié, quatre enfants bien portants, quatre ans après sa syphilis il eut une phlébite qui le fit rester deux mois au lit. Le malade a fréquemment des indigestions, le ventre ballonné pendant deux à trois jours. Pas de constipation habituelle.

Depuis l'an dernier troubles des mictions; difficulté,

parfois un peu de rétention, urines troubles. Douleurs rénales fréquentes, jamais d'hématurie.

Vendredi dernier, il fut pris de douleurs vives dans tout l'abdomen avec prédominance au-dessous des fausses côtes droites, puis la douleur s'est irradiée jusque dans le testicule droit; ces douleurs sont restées vives pendant deux jours. Pas de vomissements.

L'examen montre un abdomen souple. Pas de plastron, un peu de réaction de défense dans l'hypocondre droit.

Le cæcum est gargouillant. /

La palpation du rein ne révèle rien de particulier.

Toucher rectal négatif. Pas de température.

Intervention. — Le cæcum est libre et refoulé contre la paroi.

On découvre, derrière le cæcum, un gros abcès rétro-cæcal.

Appendicectomie sous-séreuse à l'envers, c'est-à-dire en débutant par la base de l'insertion cæcale. Le bout distal de l'appendice n'est pas trouvé. Fermeture des deux tiers de l'incision.

L'appendice était sectionné en son milieu et l'abcès rétro-cæcal explique, d'une part, les douleurs lombaires, d'autre part, les douleurs irradiées dans les testicules.

OBSERVATION XXXII

C... Victor, vingt-sept ans. Service de M. le professeur Tixier, 1913.

Entré à l'hôpital pour appendicite.

Rougeole dans l'enfance. Hernie inguinale droite opérée à dix-huit ans. Fièvre typhoïde à vingt ans. Accès de fièvre en Indo-Chine, puis fut réformé pour tachycardie. Il a parfois quelques douleurs précordiales et un peu d'es-soufflement.

Il y a deux ans, troubles intestinaux, mauvaises digestions, amaigrissement très net. Cet amaigrissement était rapide, puis au bout de quelques jours il réengraissait de

nouveau, les deux états alternaient constamment. Cette affection fut diagnostiquée entérocolite. Il ne tousse pas.

Jamais il n'avait eu de douleurs brusques jusqu'au mois de janvier dernier où il eut une douleur brusque dans le côté droit : quatre crises depuis cette époque accompagnées chaque fois de vomissements qui duraient un jour ou deux, depuis deux mois douleurs constantes, tout l'abdomen est douloureux mais surtout du côté droit.

Alternatives de diarrhée et constipation.

A l'examen la palpation du côté droit n'est pas douloureuse, pas d'empatement; *on sent simplement le cæcum distendu et qui gargouille sous la pression des doigts.*

Rien autre à signaler. Température 37°5.

Intervention. — Appendicectomie. Le cæcum est adhérent, très épaissi, vascularisé.

OBSERVATION XXXIII

C... Marie, trente et un ans. Service de M. le professeur Tixier, 1914.

Entre pour douleur abdominale ayant débuté il y a sept jours.

La malade a été prise le soir de douleurs abdominales droites assez vives pour la forcer à s'aliter mais ne rappelant pas le coup de poignard. Elle n'a pas vomi. La température prise à ce moment et les quelques jours qui ont suivi la crise a été à peine supérieure à la normale. Pas de diarrhée.

Elle a souffert à deux reprises antérieures au niveau de la fosse iliaque droite mais ce fut peu de chose.

Au demeurant sujet sain, sans signes ni antécédents tuberculeux. Pas d'éthylisme à la palpation; abdomen souple, bien dépressible. Pas de météorisme. Pas d'aplatissement de l'abdomen. On ne sent pas de plastron et il n'y a pas de contracture des muscles de l'abdomen, mais la

pression est douloureuse, moyennement du reste et la douleur est bien localisée au niveau du point de M. Burney.

Gargouillement cæcal typique.

Pas de signes hépatiques. On ne sent pas le rein.

En somme, forme subaiguë d'une appendicite chronique.

Intervention. — Appendicite folliculaire rouge en évolution.

OBSERVATION XXXIV

F..., Joanny, vingt-cinq ans, service de M. le professeur Tixier, 1914.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a six mois environ, douleurs abdominales, survenant deux à trois fois par semaine; en général, au milieu de son travail, le malade ressentait des coliques qui persistaient pendant toute la journée et disparaissaient dans le courant de la nuit; de temps en temps, ces crises étaient suffisamment intenses pour l'obliger à quitter son travail et à se mettre au lit; mais cet état ne durait jamais plus de vingt-quatre heures. Plusieurs de ses crises se sont accompagnées de vomissements. Mais pas de constipation; appétit normal, digestion facile.

Depuis quinze jours les coliques n'ont pas cessé; le malade n'a pu travailler, il n'a cependant pas été obligé de garder le lit; un peu de constipation; quelques nausées, pas de vomissements. Devant la persistance de ces symptômes il entre à l'hôpital.

A l'entrée : malade vigoureux, abdomen souple, la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. Par la *palpation profonde on sent le cæcum qui est distendu*, douloureux et roule sous le doigt.

Langue un peu saburrale, digestion normale, constipation. Pouls à 78. Température, 37 degrés. Urines, ni sucre, ni albumine.

Le malade examiné à plusieurs reprises à des heures

différentes, sans purgation, sans lavement, présente d'une façon soutenue un gargouillement cæcal (caractère sur lequel le diagnostic d'appendicite chronique a été affirmé).

Intervention. — Le cæcum est extériorisé facilement, il n'est pas adhérent ; mais on a des difficultés considérables pour enlever l'appendice, car celui-ci, rétro-cæcal, est fixé dans une logette séreuse.

OBSERVATION XXXV

D..., Jean, dix-huit ans. Service de M. le professeur Tixier, 1914.

Depuis quinze jours, douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, sans vomissements. Constipation très marquée.

Il entre à l'hôpital pour être opéré.

A l'examen, pas de douleur, pas de température.

A la palpation on sent en dehors du cæcum une masse du volume d'un pouce mal limité; *le cæcum très distendu, refoulé en dedans, présente un gargouillement très caractéristique. Le diagnostic d'appendicite chronique est fait de façon ferme en raison de ce gargouillement persistant et de cette petite masse latéro-cæcale douteuse.*

Intervention. — Cæcum dilaté. La face interne abdominale absolument libre. Mais en dehors le cæcum est collé intimement au péritoine pariétal par adhérences fibreuses organisées au-dessous desquelles on découvre l'appendice accolé au cæcum. Appendicectomie. Fermeture totale.

Malgré l'absence de signes d'appendicite, le diagnostic a été favorisé par l'existence du gargouillement et l'opération a confirmé.

OBSERVATION XXXVI

G..., Etienne, trente-cinq ans. Service de M. le professeur Tixier, 1914.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Première crise appendiculaire il y a deux ans. Avec vomissements, coliques et diarrhée.

Deuxième crise trois mois après; troisième crise cinq mois environ après; quatrième crise il y a quatre semaines. Les crises augmentent chaque fois d'intensité.

A l'examen la paroi abdominale se laisse déprimer.

Pas de douleur bien nette au point de M. Burney, toucher rectal négatif.

La palpation du ventre révèle un point gros comme le pouce correspondant à de l'épiploïte infiltrée *et il existe chez ce malade à jeun un gargouillement typique.*

Intervention. — Gros abcès au milieu de l'épiploon, extériorisation à la main. Pus. Appendicectomie, enfouissement, fermeture totale.

OBSERVATION XXXVII

C..., Fortuné, quarante-trois ans. Service de M. le professeur Tixier, 1920.

Le malade vient à l'hôpital pour douleurs abdominales.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Début en juillet 1917 d'une façon brusque par crise très douloureuse; les douleurs siégeaient primitivement dans la fosse iliaque droite, puis se généralisaient à tout l'abdomen. Pas de vomissements. Température peu élevée. Constipation opiniâtre.

Deuxième et troisième crises en janvier et juillet 1918 plus douloureuses et de plus longue durée; mais sans fièvre ni vomissements.

Quatrième crise très douloureuse ayant duré un mois et demi avec constipation opiniâtre (vingt-deux jours sans aller à la selle).

Amaigrissement marqué. Les symptômes douloureux persistants amènent le malade à l'Hôtel-Dieu.

Examen : la palpation de la fosse iliaque est un peu dou-

loureuse. *Le cæcum est distendu et on y trouve du gargouillement.*

Rien aux autres organes. Toucher rectal négatif, ni sucre ni albumine. Pas de température.

Intervention. — On trouve le cæcum en bonne place complètement coiffé par l'épiploon; l'appendice est rétro-cæcal, accolé au cæcum. On le libère facilement de ses adhérences cæcales; il est volumineux, court, d'aspect inflammatoire récent.

Fermeture totale.

OBSERVATION XXXVIII

L..., Marie-Antoinette. Service de M. le professeur Tixier, 5 mars 1920.

Appendice à répétition. Gargouillement cæcal, cæcum mobile.

La malade est envoyée à l'Hôtel-Dieu pour des crises appendiculaires.

La malade n'a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Il y a deux ans, la malade commence à souffrir de l'abdomen du côté droit; elle eut de petites crises frustes durant deux à trois jours avec des douleurs assez légères de la fosse iliaque droite sans vomissements; la malade n'interrompit pas son travail. Les douleurs apparaissaient irrégulièrement, puis disparaissaient. Mais, il y a quatre mois, les douleurs se font plus intenses, obligeant la malade à garder le lit lorsqu'elles survenaient (ce qui est arrivé cinq ou six fois depuis quatre mois). Elle a remarqué que l'apparition des règles au cours des crises exagérait les douleurs.

Il y a un mois et demi, à l'occasion d'une crise, pour la première fois apparaissent des vomissements. La dernière crise remonte à trois semaines. La malade a toujours été très constipée; l'appétit est bon.

A l'examen : pas de température. L'état général est

excellent. Le ventre n'est pas ballonné il se laisse bien déprimer à gauche, moins aisément à droite où une pression profonde, au point de M. Burney, provoque de la douleur nette.

A plusieurs reprises la palpation du cæcum fait percevoir du gargouillement.

Cœur et poumons normaux.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Intervention le 17 mars 1920.

On aperçoit l'épiploon au-dessus du cæcum, celui-ci est remarquablement mobile ; on l'éviscère ; on attire successivement le côlon ascendant, le cæcum y compris le fond et l'angle iléo-cæcal qui sont absolument libres, l'appendice fibreux fait partie de la paroi postérieure du cæcum, par adossement du méso qui est complètement adhérent au péritoine cæcal viscéral. Enfouissement avec soin du moignon, fermeture totale du ventre.

Réflexions. — Il s'agissait d'un appendice cicatriciel fibreux qui a été le siège de lésions inflammatoires sévères, le cæcum était remarquablement mobile et c'était la cause du gargouillement que l'on avait constaté plusieurs fois.

CHAPITRE II

RECHERCHE DU GARGOUILLEMENT

Dans nos observations, nous avons trouvé du gargouillement par la palpation de la fosse iliaque. Comment la pratiquer? Plusieurs procédés de palpation du cæcum ont été décrits.

Pour Glénard, « le malade étant complètement étendu sur le dos et en état de résolution musculaire absolue, le médecin a devant lui une surface abdominale libre de toute entrave, idéalement propice à l'observation externe sous toutes ses formes » ; pour cet auteur, il est inutile de faire fléchir et écarter les jambes au malade ; pour d'autres, cette position permet un meilleur relâchement des muscles de la paroi abdominale.

Les mains du médecin seront à une température suffisante pour ne pas impressionner le malade et il faudra au début du palper toujours procéder avec ménagement : il faut « tâter » la sensibilité de la région, car on risquerait de causer une douleur trop vive et de provoquer une contracture de la paroi abdominale.

Nous empruntons au travail du Dr Guénaux sur

l'exploration clinique du tube digestif, les lignes suivantes : « Glénard emploie le procédé de palpation dit du glissement ; pour cela il faut : 1° déprimer la paroi abdominale antérieure qui recouvre le flanc droit, suivant une ligne verticale parallèle au cæcum et placée en dehors du siège du boudin cæcal, c'est-à-dire entre lui et l'épine iliaque antérieure, à trois travers de doigt environ en dedans de cette ligne ; cette dépression rectiligne sera opérée par les extrémités juxtaposées des doigts, soit de la main droite si l'on est à droite du malade, soit de la main gauche si l'on est à sa gauche, soit même des deux mains réunies et placées dans le même plan. La compression sera dirigée d'avant en arrière vers l'angle sacro-vertébral ;

« 2° Faire glisser la ligne de compression sur le plan sous-jacent : d'abord de dehors en dedans jusqu'à ce qu'on rencontre la tuméfaction cylindrique formée par le boudin cæcal et qu'on ait franchi de dehors en dedans le relief formé par l'intestin sténosé, puis de dedans en dehors après avoir augmenté la pression, le cæcum étant ainsi accroché par les doigts on le sentira « sauter », rouler sur le plan sous-jacent. »

Pron indique le procédé suivant : « Avec le bord radial de la main droite en pronation forcée, le bout des doigts étant dirigé vers le pubis, on déprime fortement la partie de la fosse iliaque en exécutant des mouvements de dedans en dehors, c'est-à-dire à partir du bord interne du cæcum pendant que le pouce prend appui sur la partie externe de la crête iliaque. En répétant la manœuvre sur une plus ou moins grande hauteur, on peut juger de l'emplacement, des limites, de

la forme, de la consistance du cæcum et des bruits que la palpation y provoque. »

Nous avons indiqué ces différents procédés de palpation du cæcum qui peuvent permettre de déceler le gargouillement, mais qui sont surtout employés pour l'examen complet du cæcum ; nous décrirons maintenant le procédé le plus habituellement employé pour la seule recherche des bruits cæcaux.

La pulpe des doigts, ceux-ci étant fléchis et l'extrémité de la face palmaire de la main reposant sur la crête iliaque, déprime plus ou moins profondément la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite et, par des mouvements alternatifs de pression et dépression, fait entendre des bruits différents suivant que la pression est plus ou moins profondément effectuée.

1° Par un tapotage superficiel et répété rapidement on pourra entendre du tympanisme ;

2° En déprimant la paroi abdominale plus profondément et en répétant cette dépression d'une façon rythmique, on percevra parfois du clapotage. Celui-ci ressemble au bruit obtenu par la palpation de l'estomac des sténosés : c'est un bruit hydro-aérique produit par le mélange des gaz et des liquides contenus dans l'intestin ; celui-ci pourra même être obtenu dans certains cas où il sera particulièrement prononcé en imprimant des secousses latérales brusques au malade et en l'auscultant en même temps. Ce bruit rappelle celui que « l'on obtient en agitant une bouteille à moitié remplie » ou celui « de la vague qui frappe assez violemment la barque amarrée au rivage ».

D'après Glénard, l'intensité et le timbre de ce bruit

dépendent des proportions relatives des gaz et des liquides; quand ce bruit est grave, c'est qu'il y aurait beaucoup de gaz; quand il est aigu et facile à déceler, c'est qu'il y aurait beaucoup de liquide et peu de gaz.

3° En déprimant lentement la paroi abdominale et assez profondément, on peut obtenir le bruit de gargouillement; celui-ci se différencie nettement du clapotage par son timbre différent : c'est un bruit de cliquetis humide. Nous ne pouvons mieux le décrire qu'en le comparant avec certains auteurs « au bruit produit lorsqu'on frappe doucement la surface de l'eau avec la face palmaire des doigts réunis » ou au « bruit de clapotis que donnent les petites vagues venant frapper une nacelle en marche ».

4° Dans certains cas, la palpation pratiquée avec les deux mains et se renvoyant de l'une à l'autre comme si on cherchait la fluctuation, on peut percevoir ainsi le bruit de gargouillement; mais, dans certains cas, on sent comme une fusée hydro-aérique qui s'échappe du cæcum; on retrouve ce bruit dans l'intestin grêle sténosé; il fait partie de ce que l'on a décrit sous le nom de syndrome de Kœnig.

Tous ces bruits : tympanisme, clapotage, bruit hydro-aérique et gargouillement coexistent d'ailleurs le plus souvent; à des examens *répétés*, ils pourront être entendus simultanément ou isolément.

Le gargouillement n'est pas constant : il devra être recherché avec soin à plusieurs examens et on ne pourra affirmer son absence que s'il n'a pas été perçu à plusieurs palpations de la fosse iliaque droite.

Il devra être recherché de préférence lorsque le

malade est *à jeun* ou du moins lorsqu'il n'aura pas absorbé de liquides depuis quelques heures ; il perdra toute valeur chez un malade ayant reçu un lavement ou présentant de la diarrhée spontanée ou consécutive à une purgation ; il sera d'ailleurs constaté dans ce cas dans toute la longueur de l'intestin et ne sera pas localisé au cæcum.

Il aurait été d'un gros intérêt d'établir par une statistique la proportion des cas où l'on trouve du gargouillement dans l'appendicite ; nous avons dû y renoncer. Parmi les observations que nous avons parcourues, les unes, et c'est le plus grand nombre, ne portaient aucune mention d'absence ou de présence de gargouillement : quelques-unes seulement signalaient sa non-existence ; notre statistique aurait été faussée. Pour avoir quelque valeur, elle aurait dû d'ailleurs porter sur un nombre élevé d'appendicites chroniques vérifiées et chez lesquelles on aurait effectué la recherche systématique du gargouillement et nous n'avons pas eu les éléments de ce travail.

CHAPITRE III

ESSAI DE PATHOGÉNIE

La palpation pratiquée comme nous venons de la décrire permet de percevoir du gargouillement dans de nombreux cas d'appendicite : nous l'avons noté dans trente-huit observations. Comment expliquer la présence de celui-ci au cours de l'appendicite? En examinant successivement les formes cliniques observées et les lésions anatomiques constatées à l'opération, nous essaierons de voir quelle est la cause de ce gargouillement :

I. Dans quelles formes cliniques a-t-on rencontré le gargouillement?

Il peut exister *dans l'appendicite aiguë*, mais, en général, sa recherche n'est pas effectuée : l'abdomen est douloureux; d'autres symptômes permettent de faire le diagnostic : la palpation superficielle fait percevoir quelquefois dans les premières heures de la crise appendiculaire aiguë un froissement péritonéal

qui n'est pas le gargouillement et qu'il ne faut pas confondre avec lui : dans d'autres cas, il y a abcès ou bien un empâtement profond : on ne recherche pas le gargouillement à cause de la douleur et du danger qu'il y a à palper profondément la paroi abdominale en cas d'abcès. La constatation d'ailleurs des signes d'abcès ou d'empâtement profond suffit à faire le diagnostic.

On peut trouver le symptôme gargouillement dans *l'appendicite aiguë refroidie* : il peut exister de suite après la première crise et nous l'avons noté chez dix de nos malades, en particulier dans l'observation II, où la crise aiguë datait de six semaines : le malade présentait un gargouillement cæcal intense.

Chez le plus grand nombre de nos malades, nous avons trouvé dans les antécédents *plusieurs poussées successives de crises appendiculaires* survenant à intervalles variables et avec une intensité variant en plus ou en moins ; cette forme fréquente *d'appendicite à répétition* se retrouve dans onze de nos observations : la palpation y révèle un gargouillement cæcal net à jeun chez notre malade (XV^e observation) après deux crises d'appendicite aiguë.

Plusieurs de nos malades, au nombre de dix-sept, n'avaient jamais présenté de crises appendiculaires aiguës : les uns accusaient surtout des douleurs (*forme douloureuse de l'appendicite chronique*). Le malade de l'observation XXIV ne se plaignait que de douleurs et la palpation de la fosse iliaque droite révélait du gargouillement.

Trois de nos observations nous montrent des trou-

bles digestifs prédominants : la palpation faisait percevoir du gargouillement.

La *constipation* prédominait chez quatre de nos malades et, associé à ce symptôme, le gargouillement cæcal était en faveur de l'appendicite.

Trois de nos observations nous montrent que l'*entéro-colite* peut simuler l'appendicite, tout en laissant percevoir du gargouillement.

Chez un de nos malades, les *phénomènes d'occlusion* étaient nets et, dans l'observation XXXVII, l'arrêt des matières (vingt-deux jours sans aller à la selle) pouvait donner l'illusion d'une occlusion intestinale.

Nous voyons donc que si le gargouillement n'est pas perçu le plus souvent dans l'appendicite aiguë par suite de l'impossibilité ou du danger, et nous ajouterons de l'inutilité de sa recherche, *il peut exister après la première crise* : sa présence est fréquente dans l'appendicite à répétitions, mais on peut le percevoir aussi *dans toutes les formes cliniques de l'appendicite chronique* et il peut, suivant le cas, s'associer aux symptômes : douleur, constipation, troubles digestifs, phénomènes d'entéro-colite et d'occlusion intestinale.

II. Quelles sont les lésions histologiques et macroscopiques observées ?

Nous étudierons successivement la paralysie réflexe du cæcum, les lésions des tuniques cæcales, les lésions de péritonite plastique et les vices de position du

cæcum en recherchant dans les observations que nous avons recueillies les lésions les plus fréquemment observées.

Nous serons obligés, comme nous l'avons dit dans notre introduction, de ne faire que des hypothèses sur les lésions des tuniques cæcales et la paralysie réflexe du cæcum : les examens histologiques nous font défaut pour démontrer nos hypothèses.

1° PARALYSIE RÉFLEXE. — Nous appellerons ainsi la paralysie du muscle sous-jacent consécutive à l'inflammation.

Est-ce un spasme ou une parésie? Leur coexistence est fréquente. « La parésie intestinale est une manifestation fréquente et classique des inflammations péritonéales chroniques. »

Marion classe les accidents d'occlusion intestinale dans l'appendicite sous plusieurs chefs différents : il décrit l'occlusion paralytique d'origine péritonéale sans aucune lésion mécanique et l'occlusion réflexe dont le point de départ se trouve dans un appendice altéré.

Nous pouvons légitimement supposer que chez plusieurs de nos malades qui présentaient du gargouillement, celui-ci avait peut-être pour cause une atonie cæcale par paralysie réflexe.

2° LÉSIONS DES TUNIQUES CÆCALES. — L'inflammation de l'appendice peut se propager à la muqueuse du cæcum, créant ainsi ce que l'on peut appeler « le catarrhe muqueux du cæcum » ; elle peut provoquer un trouble sécrétoire de la muqueuse cæcale qui ne peut

plus exercer son rôle d'absorption et de condensation des matières fécales, arrivant liquides à son intérieur ; de plus, cette muqueuse peut présenter un trouble sécrétoire, une exsudation pathologique qui serait, on peut le supposer dans certains cas, la cause du gargouillement : celui-ci se retrouve dans ce que l'on appelle l'entéro-colite membraneuse. Nous ne ferons pas l'histoire des discussions passionnées auxquelles a donné naissance la question des relations de l'appendicite et de l'entérite muco-membraneuse : signalons que dans notre observation XXII où l'appendicite avait évolué sous forme d'entéro-colite, la palpation révélait du gargouillement et le cæcum, à l'intervention, était trouvé épaissi et vascularisé.

Nous aurions voulu présenter des examens histologiques de cæcum ayant présenté du gargouillement avec lésion appendiculaire : il n'a été pratiqué chez aucun de nos malades, l'intervention n'ayant jamais entraîné l'ablation du cæcum ; nous n'avons pu découvrir dans la littérature médicale d'examen histologique fait dans ces conditions et nous ne pouvons que supposer l'extension des lésions appendiculaires à la muqueuse cæcale.

Il est probable que les lésions inflammatoires de l'appendice se traduisent du côté du cæcum par des lésions de la sous-muqueuse (œdème, infiltration leucocytaire) comparables à celles que l'on observe dans les tuniques sus-jacentes à une sténose de l'intestin et décrites par Patel, dans sa thèse. Bérard décrivant les lésions histologiques de l'appendicite chronique ajoute : « Souvent le cæcum et le côlon participent soit par

sympathie de voisinage, soit pour leur propre compte, aux altérations inflammatoires chroniques et quelquefois leurs lésions sont assez prédominantes pour qu'on ait pu décrire une typhlite chronique primitive. »

Pour Fischer, l'atonie cæcale qu'il appelle typhlatonie serait la cause de presque tous les symptômes habituellement attribués à l'appendicite chronique ; il décrit à cette typhlatonie les symptômes suivants : « douleur par accès dans la fosse iliaque droite, tumeur circonscrite et élastique, selles irrégulières et gargouillement iléo-cæcal ». Cette lésion, pour lui, serait due à un catarrhe muqueux du cæcum.

Macroscopiquement, nous voyons dans nos observations que le cæcum présentait souvent des lésions de sa tunique : sa coloration variait ; sa paroi était rouge, vascularisée et nous pouvons émettre l'hypothèse qu'à sa paroi augmentée d'épaisseur correspondaient les lésions histologiques que nous venons d'étudier et que l'on retrouve dans les tuniques de l'appendice malade.

3° PÉRITONITE PLASTIQUE. — Nous allons examiner rapidement les lésions péritonéales observées au cours de l'appendicite chronique. Elles peuvent se résumer en trois lésions : on peut trouver *une coiffe épiploïque*, *des adhérences du cæcum* ou *des brides en sautoir* pouvant créer l'occlusion. Après les avoir décrites, nous verrons dans nos observations où il y avait du gargouillement quelles sont les lésions péritonéales le plus souvent observées.

α. Adhérences cæcales. — Ces lésions péritonéales

peuvent se présenter sous plusieurs aspects : la forme la plus atténuée est constituée par le simple voile péritonéal rosé recouvrant l'appendice sans adhérences de celui-ci ; une lésion plus accentuée sera représentée par l'adhérence de l'appendice ; celle-ci peut se faire en un point seulement ou par la totalité de l'appendice, soit à la paroi de la fosse iliaque ou du bassin, soit à l'un des organes adjacents : le plus fréquemment elle se fait à la paroi cæcale, l'appendice se soude si intimement avec celle-ci qu'à première vue il semble être absent.

Ces lésions peuvent s'étendre au cæcum et celui-ci peut adhérer intimement à la paroi iliaque : ces adhérences peuvent englober en même temps l'appendice, la partie terminale et l'iléon. Ces adhérences sous forme de brides, parfois solidement organisées, passent en sautoir sur le cæcum, elles l'enserrent, et le compriment. L'épiploon, au contact de ce foyer inflammatoire, réagit à son tour et donnera lieu à des lésions d'épiploïte chronique.

β. *Brides en sautoir et coiffe épiploïque.* — Celles-ci furent discutées en 1899 dans les *Bulletins de la Société anatomique*, par Letulle. « Souvent les deux faces de l'épiploon sont comme couturées de minces travées blanchâtres, superficielles, d'un brillant nacré. Ces travées forment çà et là de petites colonnettes fibroïdes qui ont rétracté légèrement la séreuse et isolent à sa surface des sortes de ponts fibreux, d'une longueur minime d'ordinaire. Sur ces ponts, on reconnaît la présence de cellules endothéliales tapissant d'une couche uniforme et unique toute la super-

ficie des travées fibreuses. » Ces lésions épiploïques ont été étudiées en détail par Walther et ses élèves; Walther a inspiré en 1912 la thèse de Haller à laquelle nous emprunterons les éléments de la description suivante : « Au début, c'est une simple teinte rosée : tantôt et rarement elle est généralisée à l'épiploon; le plus souvent elle occupe la moitié ou le tiers droit de l'épiploon; à un stade plus avancé, à cette coloration rosée s'ajoutent des plaques granitées, celles-ci ont une coloration d'un rouge vif, et donnent au toucher une sensation de petits grains de plomb accolés les uns aux autres; à une période avancée de l'évolution des lésions, au lieu de plaques granitées rouges, on trouve des plaques blanches, tantôt petites, isolées, tantôt étalées en larges lames sur une étendue plus ou moins considérable de l'épiploon, donnant l'impression de taches nacrées. L'épiploon devient ensuite dur, parfois ligneux; en même temps, on trouve à sa surface, soit à la face antérieure, soit et surtout à la face postérieure, de minces filaments en forme de brides irrégulièrement disposées; ces brides deviennent plus épaisses, dures, fibreuses, formant de véritables nœuds de rétraction par leur enchevêtrement en tous sens; *elles déterminent, par raccourcissement de l'épiploon, des plicatures du côlon.* On observe ces lésions surtout sur la moitié droite de l'épiploon au niveau du bord libre. C'est là que l'on trouvera la lésion appelée la traînée de bordure qui envahit presque toujours la région de l'angle colique droit; mais l'épiploon peut être intéressé en entier; on peut observer des formes congestives avec

foyers hémorragiques et d'autres avec surcharge graisseuse. »

L'épiploon peut rester libre sans contracter d'adhérences, d'autres fois il devient adhérent.

Ces adhérences épiploïques peuvent se produire suivant plusieurs modalités :

1° Elles peuvent se faire avec le péritoine pariétal et surtout avec le péritoine pariétal antérieur au-devant du cæcum, au-devant du côlon ascendant.

2° Elles peuvent être péricoliques : des brides parties de la face postérieure de l'épiploon près de son insertion colique passent sur la face antéro-inférieure du côlon transverse, le contournent et vont s'insérer sur le feuillet inférieur du méso-côlon transverse, formant ainsi un anneau qui enserre l'intestin ; dans une deuxième variété, l'épiploon adhère aux languettes coliques.

3° Fréquemment des adhérences fixent en canon de fusil le côlon ascendant au côlon transverse.

Les adhérences épiploïques au niveau du cæcum et du côlon ascendant se présentent sous des aspects variables ; mais à côté des adhérences de l'épiploon à la face antérieure de ces organes, on peut rencontrer des néoformations résultant d'une infection péritonéale légère : ce sont des brides qui coupent la face antérieure de ces organes ; de longueur variable, elles peuvent se perdre sur la face antérieure du cæcum ou du côlon ascendant ou encore, passant comme un pont sur ces organes, elles peuvent aller se perdre sur le péritoine pariétal.

On peut encore trouver coexistant avec l'épiploïte chronique ce que Lenormant a appelé la péricolite

membraneuse et qu'il a décrite dans une revue générale (*Presse médicale*, 1903) elle a été étudiée aussi avec détails par Delore et Alamartine dans la *Revue de Chirurgie* de 1912, ainsi que par M. Cotte, dans le *Lyon chirurgical*, 1912. Elle peut provoquer du gargouillement cœcal, ainsi que le montre une observation personnelle de Delore et Alamartine dont nous donnerons un résumé rapide : « La malade présentait un clapotage cœcal très net ; à l'intervention, l'appendice en lui-même est sain, mais entouré d'adhérences. Le cæcum est distendu sans aucune lésion. Il existe au niveau du côlon ascendant des lésions évidentes de péricolite membraneuse. Revue deux ans après l'opération, on ne retrouve plus le clapotage de la fosse iliaque droite ; on a fait une appendicectomie suivie d'une iléo-transversotomie. »

La péricolite membraneuse se caractérise par la présence d'un voile couvrant le côlon ascendant sur une hauteur variable, voile membraneux formant comme une deuxième enveloppe péritonéale à ce segment d'intestin. Il prend son insertion sur le péritoine pariétal en dehors du côlon ascendant, puis descend sur la face antérieure de celui-ci et se perd en dedans tout près du bord interne de ce côlon. La coexistence de cette lame vasculaire et des lésions d'épiploïte chronique en rapport avec l'appendicite est fréquente.

Jalaguier et Walther attribuent ces néoformations péricæcales et péricoliques à l'appendicite avec colite chronique ; celle-ci déterminerait en même temps que des lésions de péritonite localisée des lésions chroniques du côté de l'épiploon.

Tripier et Paviot attribuent toutes ces néoformations péricæcales et péricoliques à la cholécystite ; mais il est démontré que l'appendicite chronique peut en être la cause.

Parmi ces lésions péritonéales, quelles sont celles trouvées à l'intervention chez nos malades présentant du gargouillement ?

Dans 27 cas, nous trouvons décrites des brides épiploïques ou une coiffe épiploïque du cæcum (double voile péritonéal) ; celui-ci a été trouvé adhérent, épaissi et présentait des tractus fibreux qui le coiffaient et l'enserraient : dans 13 cas, les lésions appendiculaires prédominaient ou du moins étaient seules signalées.

La lésion la plus fréquemment observée est donc le double voile péritonéal ou la double coiffe épiploïque entourant le cæcum et l'appendice. La statistique faite par Haller sur 181 cas d'épiploïte chronique constatés au cours d'appendicectomies fait ressortir la grande fréquence du double voile péritonéal ; il l'a rencontré dans 104 cas sur 181. Dans l'observation IV de sa thèse, on lit : « On sent un cæcum gros, épaissi, gargouillant, abaissé », et à l'intervention on trouve que « le cæcum et le côlon ascendant sont vascularisés ; il y a un double voile péritonéal au niveau du cæcum. L'épiploon présente des lésions d'épiploïte chronique ». Dans l'observation III, on lit de même « le cœur est gros et gargouillant », et l'opération montre « un cæcum très vascularisé, double voile péritonéal. L'épiploon présente un épaississement au niveau de l'angle droit du côlon ».

A côté de ces cas où le cæcum adhérent est em-

prisonné, si l'on peut dire, par des adhérences et des brides inflammatoires, on peut, comme dans notre observation XXXVIII, le trouver très mobile et cependant l'examen de la malade avait fait percevoir un gargouillement net.

4° VICES DE POSITION DU CÆCUM ET CÆCUM MOBILE. —

Dans l'appendicite chronique, on peut rencontrer des vices de position du cæcum et le cæcum mobile. Celui-ci a été bien étudié par Klose, Wilms et son élève Stierlin. En voici, d'après Klose, les symptômes : « Douleur localisée dans la fosse iliaque droite ou quelquefois généralisée à la région sous-ombilicale, apyrexie, constipation alternant avec des crises de diarrhée, gargouillement cæcal spontané », et, d'après Cavaillon, « ce sont des sujets qui, à des intervalles irréguliers, sentent une douleur brusque au niveau de la fosse iliaque droite. En même temps, apparaît un ballonnement localisé à ce niveau, soit vers l'ombilic. L'abdomen revêt un aspect caractéristique ; la région cæcale proémine. La palpation permet de sentir une masse de contour globuleux aux parois tendues, résistantes, élastiques, rendant à la percussion un son de tonalité élevée. On peut y provoquer du gargouillement et des bruits hydro-aériques. »

Le cæcum mobile ou plutôt anormalement mobile prédispose aux vices de position : le cæcum peut se couder, basculer en avant ou en arrière, il peut provoquer du volvulus ; ceux-ci ont été bien décrits par Mazet dans sa thèse (Lyon 1912) ; au niveau de la voussure formée par le cæcum tordu on constate une sonorité exagérée, des ondes péristaltiques, des varia-

tions de consistance à la palpation, du clapotage et du bruit de glou-glou à la percussion ; tout cela constitue le signe de von Wahl.

Du cæcum anormalement mobile il faut rapprocher la ptose chronique du cæcum décrite par Lardennois et se manifestant par crises et l'existence d'une tumeur submate et gargouillante pendant la crise.

L'observation XXXVIII, que nous publions, nous présente un cæcum remarquablement mobile : l'appendice avait été le siège de lésions inflammatoires sévères.

Toutes ces lésions, paralysie réflexe, lésions des tuniques du cæcum, lésions péritonéales, vices de position du cæcum et mobilité anormale du cæcum, sont souvent associées et chez le même malade s'ajouteront pour produire la stase cæcale par atonie, par dilatation du cæcum secondaires à des lésions appendiculaires parfois très minimes ; aucun rapport ne peut être établi entre l'intensité ou la dissémination des lésions voisines de l'appendice et le degré des désordres inflammatoires subis par l'appendice.

Les lésions le plus fréquemment observées à l'intervention chez nos malades étaient, comme nous l'avons vu, des lésions péritonéales, en particulier des brides cicatricielles ou une coiffe épiploïque entourant le cæcum ; les lésions des tuniques du cæcum ont pu passer inaperçues ; nous pouvons supposer leur existence.

Ces lésions coexistantes avec la présence du gargouillement peuvent, à notre avis, en être la cause et nous pouvons en déduire quelques enseignements pronostiques et thérapeutiques.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS

SUR LA VALEUR SYMPTOMATOLOGIQUE DU GARGOUILLEMENT CÆCAL

Le gargouillement cæcal est perçu dans de nombreux cas d'appendicite chronique ; nous l'avons noté pour notre compte dans trente-huit observations ; dans toutes, sauf une malade qui refusa l'intervention et qui conservait du gargouillement à sa sortie, le diagnostic d'appendicite chronique fut vérifié par l'opération et caractérisé par ces grosses lésions qui rendent inutile le contrôle du microscope : adhérences, vascularisation, hypertrophie et friabilité des parois, sténoses, calculs, kystes purulents ; l'appendice était quelquefois volumineux, à parois épaissies et infiltrées, la muqueuse était friable et congestionnée, parfois sphacélée ; par places on trouvait des tractus et cloisons fibreuses.

Dans les observations que nous publions, plusieurs malades présentaient d'autres symptômes d'appendicite chronique (douleur, hyperesthésie cutanée, constipa-

tion et le gargouillement, que la palpation provoquait, *ne venait qu'ajouter une confirmation au diagnostic de la maladie*) : dans d'autre cas (en particulier observations XXI, XXXIV, XXV), les malades n'accusaient qu'une douleur vague ou pas de douleur. Le diagnostic d'appendicite chronique a été affirmé sur la présence de ce seul gargouillement et les antécédents pathologiques du malade.

Lorsque la palpation du cæcum aura fait percevoir du gargouillement dans la fosse iliaque droite, sans qu'aucun signe d'appendicite chronique ait pu faire songer à ce diagnostic, l'attention devra être portée sur une lésion appendiculaire probable ; l'interrogatoire du malade révélera le plus souvent l'existence de troubles digestifs antérieurs, de petites crises douloureuses très légères, que le malade ne signale pas, n'y ayant attaché aucune importance.

Nous avons vu que la valeur du gargouillement devenait nulle chez un malade présentant de la diarrhée ; on peut le constater dans certains cas de banale entérite aiguë avec diarrhée, hypersécrétion de liquide et parésie des parois intestinales.

Si nous nous reportons aux causes qui peuvent prédisposer au gargouillement, nous voyons qu'il peut se rencontrer dans les inflammations cæcales ; nous ne parlerons pas des typhlites aiguës où le symptôme « gargouillement » ne sera jamais isolé ; dans l'inflammation chronique, nous aurons en vue la typhlo-colite membraneuse dont on tend de plus en plus à faire un symptôme qu'une entité morbide ; mais presque toujours cette typhlo-colite est secondaire à

une lésion appendiculaire et si nous admettons que cette inflammation est primitive, elle se propagera bientôt à l'appendice et le gargouillement que l'on constatera aura toute sa valeur symptomatologique.

La dilatation cæcale consécutive à la constriction par des brides péritonéales, des adhérences ou le double voile péritonéal, sera aussi une cause de gargouillement ; elles pourront, suivant l'opinion de MM. Tripier et Paviot, être dues à une cholécystite et être d'origine hépatique ; le plus souvent cependant, l'appendice sera lésé et on retrouvera dans les antécédents du malade des symptômes qui pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Le gargouillement peut exister dans le cæcum anormalement mobile : mais il n'indiquera pas que l'appendice ne soit pas malade. Dans notre observation XXXVIII le cæcum mobile était accompagné d'une lésion appendiculaire.

Le gargouillement a donc une valeur symptomatologique réelle et sa constatation, même en l'absence de toute autre symptôme, indiquera une lésion appendiculaire ou un cæcum anormalement mobile. C'est surtout dans les cas où le diagnostic différentiel d'avec une cholécystite, une salpingo-ovarite droite, une lésion du rein droit, etc., est délicat que la constatation évidente de ce signe clinique doit faire admettre l'existence d'une épine inflammatoire appendiculaire. L'indication opératoire y trouve un argument certain dans les cas douteux où une simple observation prolongée avec un régime alimentaire sévère semblerait seule de mise.

CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS SUR LA VALEUR PRONOSTIQUE DU GARGOUILLEMENT

Le gargouillement cæcal n'a pas seulement une valeur symptomatologique réelle, il peut aussi nous fournir quelques notions pronostiques.

Si l'on considère la guérison spontanée, il est probable que le gargouillement est un symptôme défavorable à la guérison rapide et spontanée, car il indique des lésions de péricolite qui ne sont pas susceptibles de disparaître en même temps que l'inflammation.

Si l'on a en vue la guérison opératoire, elle se fait plus lentement à cause même de ces lésions pariétales du cæcum ou de ces lésions de péricolite. Etant l'indice d'une réaction du cæcum, soit parésié, soit atteint de typhlo-colite, soit dilaté par compression péritonéale, le gargouillement devra faire conclure à une guérison plus lente; ceci sera surtout vrai lorsque les phénomènes d'inflammation auront été très prononcés; on

peut voir, après l'opération, des crises intestinales se reproduire; l'intestin sensibilisé réagit encore, puis, peu à peu, les troubles sécrétoires diminuent, s'espacent et la guérison survient.

Girou, dans sa thèse (Paris, 1908) sur les résultats tardifs de l'opération, signale la lenteur que mettent à disparaître les phénomènes d'entérite : sur huit cas de coexistence d'entérite et de colite muco-membraneuse avec un appendice malade, les phénomènes intestinaux ont disparu cinq fois; dans trois cas ils ont persisté, mais atténués, et ils semblent céder plus facilement à un régime approprié ou du moins en être bien améliorés. Nous lui empruntons l'observation suivante que nous résumons :

« A l'examen : petite masse mobile avec quelques gargouillements. Opération le 7 juin 1907 : l'appendice long, non adhérent, est situé en bas et en dedans. Les parois en sont épaissies, la muqueuse congestionnée est enflammée, catarrhale avec un point de folliculite hémorragique à la base, grand comme un pois. Près de la pointe se trouve un tricoéphale.

« 21 octobre 1907. Depuis l'opération, l'enfant s'est amélioré comme état général; il a engraisé; deux ou trois fois l'enfant s'est encore plaint de coliques sourdes. Il a eu de la diarrhée il y a quinze jours. En dehors de cela, l'appétit est bon; les digestions sont excellentes. A la palpation, on sent le côlon ascendant épais, rond, roulant sous le doigt.

« Le cæcum et le côlon ascendant sont de même, nettement perceptibles et gargouillent; on recommande le régime.

« Revu le 11 novembre 1907. L'enfant a encore eu quelques coliques sourdes. A part cela, aucun trouble digestif. »

Lorsque l'opération aura montré que la cause du gargouillement est due à des adhérences péritonéales ou épiploïques, la guérison sera plus rapide; l'observation suivante, empruntée à la thèse de Haller, nous montre la guérison rapide et complète après l'opération.

OBSERVATION III (thèse Haller).

Résumé. — T..., Anne-Marie, quarante ans. Depuis trois ans, crise douloureuse sans température, sans vomissement, laissant une douleur dans l'abdomen avec des troubles digestifs; digestions difficiles, tiraillements péri-ombilicaux, de la constipation avec débâcles de temps à autres; fatigue et amaigrissement.

Examen à l'entrée : amaigrissement et teinte subictérique, pas de fièvre. Température, 37 degrés, pouls, 70. Langue saburrale. Examen local : rien à l'inspection.

A la palpation, on note un ventre souple à gauche, à droite au contraire une défense musculaire lorsqu'on palpe le cæcum, celui-ci est gros, gargouillant.

Opération le 2 mai 1910. Incision de Walther. Appendice sous-iléo-cæcal tordu sur son méso long de 7 centimètres; un catgut méso, un catgut appendice, section au thermo, enfouissement sous le repli iléo-cæcal. Cæcum très vascularisé, double voile péritonéal, trace de péri-typhlite et de péri-appendicite ancienne. Côlon transverse prolabé.

L'épiploon présente un épaississement au niveau de l'angle droit du côlon. Il n'existe pas de plaques granitées, mais il est de teinte rosée. Résection du côté droit de l'épiploon après ligature de sept pédicules isolés.

Réfection de la paroi, trois plans catgut. Suites parfaites.

Revue au mois d'août 1914. Parfait état général et intestinal. Digère très bien, ne souffre pas de la constipation.

Nous voyons donc que si le gargouillement est un symptôme défavorable à la guérison spontanée rapide, il indiquera une guérison post-opératoire plus lente.

CHAPITRE VI

NOTIONS OPÉRATOIRES FOURNIES PAR LA PRÉSENCE DU GARGOUILLEMENT

La présence du gargouillement dans l'appendicite chronique nous fournira quelques indications thérapeutiques : nous les étudierons avant, pendant et après l'opération.

1° Indications opératoires. — Dans toute appendicite chronique dont le diagnostic se présente avec de sérieuses probabilités cliniques, l'ablation de l'appendice est indiquée ; mais lorsque la palpation aura révélé du gargouillement de la fosse iliaque droite pouvant faire supposer, comme nous l'avons vu dans la pathogénie, des lésions pariétales du cæcum ou des lésions de *péritonite plastique*, l'indication opératoire se fera encore plus précise ; il faut opérer parce que :

1° Les lésions appendiculaires entretiennent les lésions cæcales ; le gargouillement peut faire penser que la muqueuse ou la tunique musculaire du cæcum

participent pour leur propre compte aux altérations chroniques inflammatoires de l'appendice : ces lésions s'accroissant peuvent conduire à la sclérose du cæcum ; les tuniques de celui-ci deviendraient cartonnées, et la sclérose hypertrophique s'installant, l'opération, pratiquée trop tardivement, n'assurerait pas une guérison rapide de tous les symptômes.

2° Les brides épiploïques et les adhérences du cæcum, dont le gargouillement est peut-être le signe révélateur, ne feraient que s'accroître : l'ablation de l'appendice, qui entretient ces lésions inflammatoires, suivie de la libération de l'épiploon et de la section des brides, sera seule capable de faire cesser les phénomènes occlusifs, les troubles digestifs et la constipation qui en sont le résultat ; nous devons cependant noter que, dans des cas d'appendicite refroidie après la première crise, on peut voir les phénomènes de péritonite plastique disparaître rapidement par le simple repos, ainsi que le montre l'observation publiée par Tixier et Bonnet (*Lyon médical*, 1908).

La présence du gargouillement justifie donc une intervention opératoire : elle le fera encore plus nettement lorsque des phénomènes d'occlusion intestinale lente coexisteront, lorsqu'on soupçonnera des brides péritonéales ou une coiffe épiploïque ; chez un malade ayant présenté plusieurs crises appendiculaires (appendicite à répétition), le gargouillement perçu à la palpation aura une valeur d'indication opératoire nette.

2° Pendant l'opération. — Dans la technique opératoire, la présence du gargouillement perçu pen-

dant la maladie conduira à la nécessité d'une incision relativement longue qui puisse permettre une exploration complète du cæcum, de l'iléon et même du côlon ascendant; l'incision de Jalaguier devra être employée de préférence; elle aura le grand avantage de permettre une exploration large et méthodique du cæcum; en prolongeant cette incision soit en haut, soit en bas, on pourra vérifier l'état des adhérences épiploïques et des brides péritonéales, péricæcales et péricoliques.

3° Après l'opération. — On devra continuer le traitement diététique de la colite; on devra, quand il existe une colite tant soit peu intense, bien prévenir les malades qu'ils devront continuer à surveiller leur régime et le fonctionnement de leur intestin. Ils conserveront pendant plusieurs mois quelques tiraillements douloureux dans la fosse iliaque.

Les applications locales de compresses chaudes, les grands bains chauds sont indiqués pour activer la disparition de ces malaises pénibles, mais qui ne sont plus dangereux quand l'appendice a été enlevé.

CONCLUSIONS

I. — Le gargouillement cæcal se rencontre dans les différentes formes cliniques de l'appendicite aiguë, cas dans lesquels il ne constitue qu'un épiphénomène sans importance.

II. — Le gargouillement cæcal a une valeur symptomatique et surtout diagnostique dans les cas d'appendicite chronique. Il permet, dans certains cas de diagnostic différentiel difficile (cholécystite, salpingite, etc.), de conclure à l'existence d'une inflammation appendiculaire.

III. — Pour que ce signe ait de la valeur, il faut qu'il ait été constaté chez le malade, à plusieurs reprises et dans les mêmes conditions (absence de diarrhée, de purgation, de lavement).

IV. — Le gargouillement cæcal est dû, soit à une parésie simple de l'intestin, dû à l'inflammation péritonéale sus-jacente, soit le plus souvent à l'existence d'adhérences péritonéales pariétales ou épiploïques; rarement enfin on a pu constater, dans le cours de

l'intervention, une véritable infiltration œdémateuse des parois du cæcum lui-même.

V. — Au point de vue opératoire, l'existence du gargouillement, ajouté aux autres symptômes plus ou moins frustes de l'appendicite chronique; doit faire préconiser une intervention chirurgicale : on donnera la préférence à l'incision de Jalaguier.

VI. — Au point de vue suites post-opératoires, l'existence du gargouillement cæcal chez le malade peut être la cause de tiraillements douloureux dans la fosse iliaque, persistant pendant quelques mois après l'intervention.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 avril 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous ne mentionnerons dans cet index bibliographique que les ouvrages ou articles que nous avons parcourus et qui ne se trouvent pas dans la bibliographie, très complète, parue dans la thèse de Girou, Paris, 1913, sur l'appendicite chronique, ou dans la thèse de Haller, Paris, 1913, et auxquelles on voudra bien se reporter.

ALGLAVE, Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du cæcum (*Presse médicale*, 1913).

BÉRARD et VIGNARD, *l'Appendicite. Etude clinique et critique*, Masson et C^{ie}, éditeurs, 1914.

CHATON, *l'Appendicite chronique (Revue médicale de la France-Comté*, Besançon, 1913).

COTTE, A propos de la péricolite membraneuse (*Lyon chirurgical*, 1912, t. VII, p. 63).

DELORE, Appendicite chronique (*Lyon médical*, 1914).

DELORE et ALAMARTINE, A propos de deux cas de sténose sus-cæcale avec péritonite membraneuse (*Revue de Chirurgie*, 1912, t. XLV, p. 711).

FAURE, Sur les causes et la fréquence de l'appendicite chronique (*Presse médicale*, Paris, 1917, p. 369-371).

GIROU, *l'Appendicite chronique pure* (thèse de Paris, 1912-1913).

GUÉNAUX, *Technique de l'exploration clinique du tube digestif*, librairie Baillière, 1913.

GRIZARD, *Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique d'origine cæcale* (thèse de Lyon, 1912).

- HALLER, *Des épiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chronique* (thèse de Paris, 1912-1913).
- MATHIEU et ROUX, Adhérences péricæcales et péricoliques in *Pathologie gastro-intestinale*, III^e série, Doin, 1911.
- MAZET, *Torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical* (thèse de Lyon, 1912).
- PALAYER, thèse de Lyon, 1912-1913.
- RIOU, *De l'appendicite chronique, symptomatologie; des résultats tardifs de l'opération* (thèse de Paris, 1908).
- SERVENT, *Essai sur les colites et péricolites* (thèse de Lyon, 1908).
- TRIPPIER et PAVIOT, la Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire, Masson et C^{ie}, *Encyclopédie des aide-mémoire*.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Observations.	13
CHAPITRE II. — Recherche du gargouillement.	43
CHAPITRE III. — Essai de pathogénie	48
CHAPITRE IV. — Considérations sur la valeur symptomato- logique du gargouillement cæcal.	61
CHAPITRE V. — Considérations sur la valeur pronostique du gargouillement	64
CHAPITRE VI. — Notions opératoires fournies par la présence du gargouillement	68
CONCLUSIONS	71
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	73

